

ANATOMIE RADIOGRAPHIQUE
de la
Luxation congénitale de la hanche
CHEZ
L'ENFANT AVANT UN AN

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 6 avril 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

BERGER (Salomon)

né le 29 août 1909, à Przemyśl (Pologne)

Examinateurs de la Thèse : {
MM. HAMANT, Professeur..... Président.
BARTHÉLEMY, Professeur..... }
BODART, Agrégé..... } Juges.
CHALNOT, Agrégé..... }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1938

ANATOMIE RADIOGRAPHIQUE

de la

Luxation congénitale de la hanche

CHEZ

L'ENFANT AVANT UN AN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANATOMIE RADIOGRAPHIQUE
de la
Luxation congénitale de la hanche
CHEZ
L'ENFANT AVANT UN AN

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 6 avril 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR
BERGER (Salomon)
né le 29 août 1909, à Przemyśl (Pologne)

Examinateurs de la Thèse : { MM. HAMANT, Professeur Président.
BARTHÉLEMY, Professeur .
BODART, Agrégé } Juges.
CHALNOT, Agrégé }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1938

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, C *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *;
HOCHÉ, O *, I *; FRÉLICH, *, I *; LAMBERT, *, I *.

PROFESSEURS:

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, C *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUINSHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Clinique médicale	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Physiologie	M. SANTENOISE, *, I *, A *
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, *, I *
Bactériologie et parasitologie médicale.....	M. DE LAVERGNE, *, I *
Thérapeutique	M. P. SIMONIN, I *
Clinique gynécologique	M. BINET, *, I *
Pathologie chirurgicale	M. BARTHELÉMY, *, I *
Anatomie pathologique	M. WATRIN, *, I *
Hydrologie	M. L. MERKLEN, I *
Professeur sans chaire	M. L. JOB, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I *, professeur.
Pathologie externe	M. DROUET, I *, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, *, I *, profess.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I *, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	M. WATRIN, *, I *, pr.
Accouchements (cours théorique).....	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. 1.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, I *, agrégé
Anatomie et Médecine légale.....	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, I *, prof.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, I *
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, *, docteur.
	M. DOMBRAY, *, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM FLORENTIN, *
BODART.
CHALNOT.

MM. WOLFF, A *.
MELNOTTE, O *.
MUTEL, *, I *.
VERMELIN, *, A *.

MM. GUILLEMIN, A *.
ABEL, *, A *.
DROUET, A *.
KISSEL.

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSQUET, I *;
LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire.



(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MA CHÈRE MÈRE

A MON CHER PÈRE

*Hommage de profond amour filial et
d'éternelle gratitude. Mon éducation a
été la préoccupation constante de votre
vie, toute de travail et de sacrifices. Je
vous dois tout.*

A MA BIEN-AIMÉE RELLY

A MON CHER FRÈRE

A MA GRAND-MÈRE LUIZE STIEGLITZ

A MA TANTE ROZA

A MES PARENTS AMSTER

A TOUS LES MIENS

A Mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR HAMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
de notre respectueuse gratitude pour l'hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR BARTHELEMY

Professeur de Pathologie chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

Professeur agrégé de Chirurgie infantile

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Professeur agrégé de Clinique chirurgicale

*Témoignage de profonde gratitude pour
l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant
de juger cette thèse.*

A NOTRE MAITRE M. LE PROFESSEUR FRÖHLICH

Professeur de Clinique infantile et d'Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur

*A qui nous devons le sujet de notre travail
et qui nous a guidé dans son élaboration.
Avec notre gratitude et notre reconnaissance
pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a
constamment témoignée et l'amabilité avec
laquelle il nous a toujours reçu.*

AVANT-PROPOS

PALLETTA a admirablement exposé l'histoire clinique de la luxation congénitale de la hanche. Cet auteur montre très bien qu'au moment même de la naissance, dans la majorité des cas, on ne s'aperçoit absolument de rien d'anormal ; il n'y a ni inflammation, ni raccourcissement, ni déformation de la hanche. Aucun symptôme ne fait prévoir cette triste infirmité, apanage en quelque sorte, du beau sexe (9 cas sur 10).

L'enfant revenu de nourrice, les parents s'aperçoivent, au bout de quelque temps, qu'il marche mal, ils incriment alors la nourrice :

« Seule, maladie est en cause »

Dans l'immense majorité des cas, avons nous dit, on ne constate rien à la naissance.

C'est qu'à ce moment il y a malformation de l'articulation coxo-fémorale et tout au plus subluxation.

C'est un plus tard, quand l'enfant commence à marcher, que l'écartement des surfaces articulaires s'exagère de jour en jour ; la tête fémorale remonte de plus en plus, dans la fosse iliaque externe, la luxation s'accentue, graduellement, s'établit.

La question se pose alors, de l'âge où l'on doit opérer et la façon d'intervention ?

D'après M. le Professeur FRÆHLICH, plus on attend longtemps, plus la réduction est difficile, plus les chances de succès deviennent aléatoires. Si l'on étudie les causes des échecs on se rend compte, qu'ils sont dus presque exclusivement à des cas traités tardivement, c'est-à-dire 2 ou 3 ans après.

Chez les tous jeunes enfants de moins de deux ou même de moins d'un an, les échecs n'existent pas et la façon d'intervention est beaucoup plus facile. La réduction se fait sans aucun traumatisme. La cavité cotyloïde, n'est pas encore comblée et la tête fémorale, qui est dans son voisinage immédiat, mise dans sa position normale creusera la cavité cotyloïde.

En effet, si le diagnostic est fait de bonne heure et l'intervention pratiquée immédiatement, le traitement ne comporte aucune opération, aucune anesthésie, aucun plâtre.

La tête fémorale est vis-à-vis de la cavité cotyloïde, ou quelques millimètres au-dessus, et il suffit de mettre les cuisses en abduction sans effort pour que la tête fémorale pénètre dans l'accubulum.

PUTTI de Bologne en 1927, GOCHT de Berlin en 1926 et HILGENREIN de Prague, se sont raliés à ces conclusions, il en a été de même de POULIQUEN et HUCK à la Société de Pédiatrie en 1929. Cette précocité du traitement avait été demandée par le docteur JACOBI, dans une séance à l'Académie de Médecine de New-York, en 1904.

Cette question a été soumise au Congrès de Physiothérapie tenu à Paris en avril 1911, et les avis se sont également partagés.

A la suite de travaux faits par M. DAMANY, sur ce qu'il appelle les hanches « subluxables » et que M. FRÆHLICH dénomme hanches « instables », on est arrivé à parler de traitement préventif dans la luxation congénitale de la hanche.

Le Docteur VILLEAUME, dans une thèse (Nancy 1911), parle sans insister de cette thérapeutique préventive, permettant de s'opposer à cette triste infirmité, si fréquente dans notre race, presque inconnue dans la race noire; et cela parce que « Le port de l'enfant à califourchon sur le dos de sa mère, dans une position de flexion et abduction, constitue un véritable traitement prophylactique de la luxation ».

L'apparition de déformations, sinon irrémédiables, du moins très fâcheuses, est d'intervenir avant que la luxation ne soit définitivement établie.

ETIOLOGIE

On appelle luxation congénitale de la hanche, une malformation, dans laquelle, soit au moment de la naissance, soit lorsque l'enfant commence à marcher la tête fémorale ne se trouve pas dans la cavité cotyloïde.

La luxation peut être uni ou bilatérale. Les unilatérales comprennent à peu près les deux tiers des cas. M. FRÆHLICH divise les luxations congénitales en trois classes :

1° Les luxations congénitales traumatiques ou à cavités normales. Où rentrent les luxations produites pendant la vie intra-utérine, par la pression lente de l'utérus, par manque du liquide amniotique.

2° Luxations tératologiques, ou malformations primitives de la jointure : atrophie ou absence complète de la cavité articulaire ; difficulté sérieuse pour la tête de s'y loger.

3° Luxations pathologiques ou acquises.

DAMANY complète cette classification par une forme nouvelle :

Luxations banales.

Luxations antropologiques.

Les causes de ces malformations sont mal connues.

Tous ce que nous savons sur l'étiologie de la lésion

est la prédominance du sexe féminin, dans la proportion de 9 filles sur 10 luxés.

Cette affection est plus fréquente en certains pays. On la rencontre en France, dans les Vosges, dans les Alpes, dans les Pyrénées.

Elle est à peu près inexistante chez les noirs, et rares chez les jaunes.

L'hérédité est très souvent notée, cette influence est très bien démontrée, Docteur HOUGHARD (Thèse de Nancy 1910) a très nettement exposé cette question.

Il est arrivé à M. le Professeur FRÆHLICH d'opérer des enfants dont les mères et grand-mères avaient déjà été traitées par lui, donc l'hérédité joue un grand rôle.

Nous avons remarqué aussi que d'autres malformations s'accompagnent de luxation congénitale de la hanche.

PALLETTA, DUPUYTREN, et après eux, WOLLENBERG les ont attribuées à un vice primordial du germe.

BRÉCHET et DELPECH invoquent un arrêt de développement de l'articulation, cavité cotyloïde. C'est aussi l'opinion de KIRMISSON et de LANNELONGUE. Ces malformations peuvent être dues aussi à un état pathologique du fœtus :

Absence partielle du liquide amniotique, couche sèche d'où pression sur le fœtus de la cavité utérine, dans ses contractions, ce qui favorise la sortie hors des cavités cotyloïdes des têtes fémorales, les membres inférieurs étant placés en forte flexion et en abduction.

Il faut rappeler encore la compression du fœtus dans les premières semaines de la vie intra-utérine par le capuchon amniotique invoqué par MURK JANSEN pour expliquer toutes malformations congénitales des membres.

ANATOMIE RADIOGRAPHIQUE

Dans notre temps, la radiographie est le complément le plus absolument nécessaire de l'examen clinique, d'une luxation congénitale de la hanche, et pour cette raison elle a une grande valeur.

Non seulement elle confirme le diagnostic dans un cas douteux, mais encore elle renseigne sur l'état du squelette et peut donner des présomptions sur le résultat à espérer du traitement.

L'examen radiographique n'est pas toujours facile à faire: l'enfant remue et il est souvent nécessaire de l'anesthésier; afin d'avoir de bons résultats, il faut autant que possible faire une radiographie instantanée, car il est rare d'obtenir, chez un tout-petit un repos absolu d'une minute.

Si l'on examine un cliché de luxation congénitale on remarque que la cavité cotyloïde est représentée par un triangle, dont le sommet se confond avec le vide, qu'indique le cartilage Y.

Ce triangle a un bord supérieur qui est le toit osseux de la cavité, il a un bord inférieur, et enfin un bord externe opposé au sommet de la cavité.

Nous avons dans la luxation unilatérale mesuré les côtés du triangle, noté la direction du bord supérieur, et nous les avons comparés au côté sain et celui-ci à une hanche normale.

Dans les luxations bilatérales nous avons également comparé ces mêmes mensurations à celles fournies par un enfant de même âge, sain, et établi leur rapport réciproque.

Pour la tête fémorale, nous avons noté son volume en mesurant son diamètre et nous avons comparé entre eux les angles que fait le col avec la diaphyse du fémur chez les différents sujets.

Pour le bassin, dans sa totalité, nous avons noté son volume et sa densité osseuse.

En agissant ainsi nous avons établi des moyennes pour des enfants de moins de 2 ans, des enfants de 3 ans, et enfin des enfants de 5 à 6 ans.

Dans les mensurations de la cavité cotyloïde, le premier chiffre indiquera en centimètres la profondeur de la cavité cotyloïde, le deuxième chiffre marquera la longueur du toit osseux de la cavité, le troisième enfin le côté opposé au sommet de la cavité.

Il est évident que ces chiffres sont très approximatifs, qu'il ne peut être question de profondeurs réelles, puisque la radiographie ne permet pas de tenir compte des parties cartilagineuses.

Enfant de moins de 2 ans :

Cavité luxée.....	$\left\{ \begin{array}{l} 0,5 \\ 1 \text{ à } 2 \\ 2 \end{array} \right.$
Côté sain.....	$\left\{ \begin{array}{l} 1,3 \\ 2,5 \\ 3 \end{array} \right.$
Enfant normal....	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ et } 2,5 \\ 2,5 \\ 3 \end{array} \right.$

Le toit est en pente douce, se rapprochant de la verticale du côté luxé, tandis que chez l'enfant sain il tend vers la direction horizontale.

Tête du fémur

Le noyau d'ossification est moins prononcé du côté luxé; l'angle d'inclinaison du col et du corps du fémur est plus obtus que du côté normal et que chez l'enfant sain.

Les os iliaques

Ils sont plus grêles chez l'enfant luxé et de plus le bassin a fréquemment l'apparence oblique ovulaire.

Enfant de 3 ans:

Cavité luxée.....	$\left\{ \begin{array}{l} 1 \\ 2 \\ 2,8 \end{array} \right.$
Côté non luxé.....	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \\ 2,7 \\ 4 \end{array} \right.$
Enfant normal.....	$\left\{ \begin{array}{l} 3 \text{ et } 4 \\ 4 \\ 5 \end{array} \right.$

Têtes du fémur

Elles sont fortes, leur diamètre est de 2,6; l'angle d'inclinaison moins obtus.

Les os iliaques

Même remarque que précédemment.

Enfant de 5 ans :

Cavité luxée.....	$\left\{ \begin{array}{l} 1 \\ 1 \\ 1,5 \end{array} \right.$
Côté non luxé.....	$\left\{ \begin{array}{l} 2 \\ 2,3 \\ 3 \end{array} \right.$
Enfant normal.....	$\left\{ \begin{array}{l} 3 \text{ et } 4 \\ 3 \\ 4 \end{array} \right.$

Le toit semble plus vertical ici ; les dimensions de la cavité luxée sont, fait curieux, proportionnellement plus petits que chez l'enfant plus jeune.

Têtes et cols

Les têtes sont volumineuses, débordant le col ; l'angle d'inclinaison du col avec le corps est plus prononcé avec, tendance à l'angle droit.

Comme nous le voyons sur les radiographies, la profondeur de la cavité cotyloïde est anormale. LANNELONGUE cite le cas d'une cavité cotyloïde analogue à une cavité glénoïde de l'omoplate.

M. le Professeur FRÆHLICH cite plusieurs cas semblables. Cet état anormal de la cavité cotyloïde existe chez l'enfant qui vient au monde ; et plusieurs

auteurs ont soutenu qu'il existe une prédisposition à la luxation.

LANNELONGUE, LORENZ et KIRMISSON se rangent à cette idée. En plus de cela la capsule articulaire est allongée, dilatée.

« La capsule, dit LORENZ, devient un boyau dont la longueur varie avec le degré de luxation ».

Elle entoure les extrémités à la façon d'un manchon lâche et flottant, ses fibres sont plus ou moins effacées et au point où le fémur vient presser sur l'os iliaque, elle a tendance à disparaître.

Sa laxité est très grande. Les muscles sont allongés. LORENZ admet trois classes des muscles :

- les pelvi-trochantériennes,
- les pelvi-fémoraux,
- les pelvi-cruriaux.

Tous ces muscles subissent un allongement. Quant à la qualité de la musculature, MM. FRÆHLICH et DAMANY ont montré qu'il y avait atrophie sensible de tous les muscles intéressant la malformation et principalement des muscles fessiers.

Pour les radiographies, nous prenons d'abord un cliché présentant les deux jambes parallèles, nous verrons la situation occupée par la tête fémorale par rapport à la cavité cotyloïde.

Tant que le noyau osseux n'aura pas abandonné complètement la cavité cotyloïde, nous pourrons intervenir.

Encore est-il nécessaire de distinguer le degré de l'ascension de la tête fémorale. La hanche n'est anor-

male, que lorsque cette ascension est au moins de un demi-centimètre, lorsqu'elle n'est que de quelques millimètres il n'y a pas lieu d'intervenir, car cela se rencontre parfois chez les enfants sains.

Une deuxième radiographie sera prise les jambes écartées à 45° . Si la tête fémorale reprend sa place normale sans éprouver aucun ressaut, l'application de notre traitement sera complètement affirmée, car en laissant aller les choses, le déboîtement ne tarderait pas à ce reproduire.

Il faut comme nous venons de le dire, que, dans l'écartement des jambes à 45° , il n'y ait pas de ressaut; car on pourrait nous reprocher d'avoir fait une réduction réelle.

OBSERVATIONS

Série d'observations dues à l'obligeance de M. le Professeur Frœhlich.

OBSERVATION I

O. A..., de Ligny-en-Barrois, fillette âgée de 11 mois, est amenée le 3 janvier 1936.

Elle est née par le siège.

Une tante présente une luxation congénitale de la hanche droite.

La petite malade présente une luxation double, une luxation complète à droite, une subluxation à gauche.

L'examen clinique montre: une rotation interne exagérée du fémur, des craquements, signe de Trillat.

Examen radiographique: les noyaux osseux de la tête fémorale à peine visible. Tendance à coxa-vara.

Le toit de la cavité cotyloïde à droite est inexistant. à gauche, il est indiqué, mais il est très oblique. Réduction, 4 janvier 1936.

OBSERVATION II

S. A..., fillette de 4 mois est amenée le 3 mars 1936.

Elle a eu une sœur traitée il y a 4 ans pour une luxation congénitale de la hanche droite.

L'examen clinique montre une rotation interne exagérée du fémur des côtés droit et gauche, la possibilité de mettre la jambe en équerre, des craquements.

Examen radiographique: les noyaux osseux de la tête fémorale sont à peine visibles. Les cuisses étant rappro-

chées et parallèles, les noyaux sont situés au-dessus d'une ligne passant par le cartilage en Y.

Les cuisses étant écartées les noyaux sont en face des cavités cotyloïdes et au-dessous de cette ligne horizontale.

Les toits sont obliques.

Traitement préventif. Résultat excellent. L'enfant marche très bien.

OBSERVATION III

L. B..., de Pompey, garçon de 12 mois.

La mère est atteinte d'une luxation congénitale de la hanche, non traitée.

L'examen clinique montre: une rotation interne exagérée du fémur, la possibilité de mettre les deux jambes en équerre, signe de piston de Dupuytren, les grands trochanter au-dessus de la ligne de Nelaton-Roser.

Examen radiographique: les noyaux de la tête fémorale sont à peine visibles. Ils sont très éloignés du fond de la cavité cotyloïde, les fonds sont comme sclérosés.

Les toits sont très obliques, tendance à la coxa-vara.

Les tibias en O. Les fémurs très grêles.

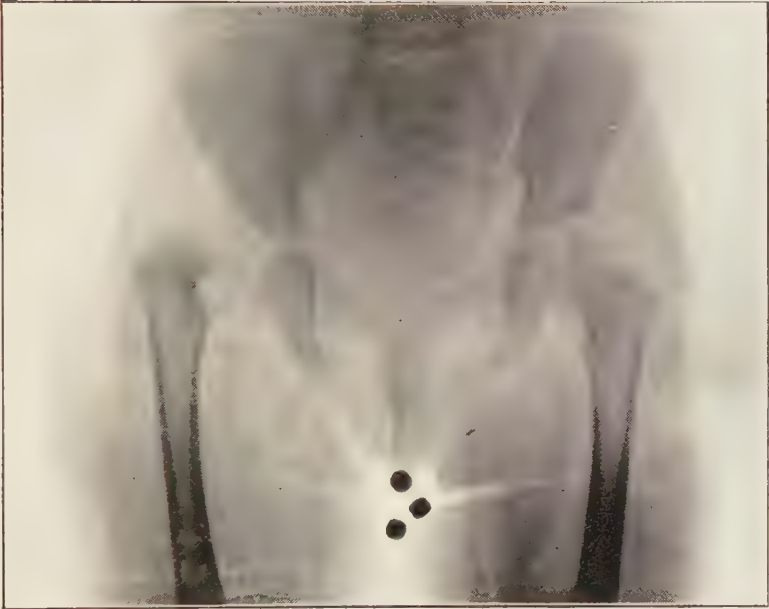
Opéré le 1^{er} juillet 1936. Et puis après un plâtre en abduction à 45°, pendant 3 mois, ablation du plâtre le 2 octobre 1936. Guérison.

OBSERVATION IV

M. R... de Saint-Dié (Vosges), fillette de 12 mois, est amenée le 8 janvier 1934.

Pas d'antécédents dans la famille.

L'examen clinique montre du côté droit: rotation interne exagérée du fémur, signe de piston, craquement, ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nelaton-Roser.



Observation IV



Observation V



Observation VI

Examen radiologique: du côté droit, col redressé, noyau de la tête très petit, fémur plus grêle, du côté droit que du côté gauche.

Toit oblique. Ligne de cintre brisée.

Le 12 janvier 1934, réduction sous anesthésie. Plâtre de nourrisson. Après 5 mois guérison.

OBSERVATION V

A. F..., de Gérardmer. Fillette de 8 mois, est amenée le 1^{er} avril 1933.

Elle est née par le siège.

Examen clinique: luxation gauche. Membre plus court du côté gauche, ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nelaton-Roser.

Examen radiographique: fémur plus grêle à gauche, col absent, toit vertical, noyau de la tête à peine visible, très au-dessus de la ligne horizontale, passant par le cartilage en Y.

OBSERVATION VI

Jean L..., garçon, âgé de 11 mois, est amené à l'hôpital le 29 juin 1933.

Une tante est atteinte d'une luxation congénitale double de la hanche.

Examen clinique: luxation gauche. Rotation interne exagérée du fémur, craquement, raccourcissement du membre gauche.

Le grand trochanter au-dessus de la ligne Nelaton-Roser.

Examen radiographique: fémur très grêle du côté gauche, col redressé, toit inexistant, le noyau de la tête au-dessus de la ligne horizontale passant par le cartilage en Y.

Ligne de cintre brisée.

Opération le 30 juin 1933. Plâtre pendant 4 mois et un mois sans marcher.

Résultat parfait.

OBSERVATION VII

Marie F..., fillette âgée de 4 mois.

Examen clinique: rotation interne du fémur un peu exagérée.

Examen radiographique: les deux toits très obliques, les noyaux osseux de la tête très petits.

Cuisses rapprochées: les noyaux osseux de la tête sont situés au-dessus de la ligne horizontale passant par le cartilage en Y.

Cuisses en abduction: les noyaux osseux de la tête sont situés au-dessus de la ligne horizontale et à leur place.

Traitement préventif. Guérison parfaite. A 13 mois, marche normale.

OBSERVATION VIII

Odette L..., fillette de 4 mois, est amenée le 10 octobre 1936.

Une sœur opérée il y a 4 ans d'une luxation double.

Examen clinique: rotation interne exagérée du fémur du côté droit signe en équerre, signe de piston.

Examen radiographique: les deux noyaux sont petits mais nets, les deux toits obliques, le noyau de la tête du côté droit au-dessus de la ligne horizontale passant par le cartilage en Y. La ligne du cintre brisée du côté droit. Traitement préventif. Guérison.

CONCLUSION

1° Il existe, ainsi que MM. FRÆHLICH et LE DAMANY l'ont établi, chez certains enfants prédisposés par leur hérédité à la luxation congénitale de la hanche, un stade dans lequel la tête fémorale n'a pas quitté la région de la cavité cotyloïde.

2° La radiographie seule décèle ces cas : les jambes étant parallèles, la hanche semble subluxée ; les jambes étant en abduction à 45°, la hanche paraît normale.

3° Dans ces cas, un traitement préventif, ayant pour but de maintenir les jambes écartées pendant quelques mois, amène la guérison sans plâtre et sans l'emploi d'appareils.

VU:
Nancy, le 28 Mars 1938.
Le Président de Thèse,
HAMANT.

VU ET APPROUVÉ:
Nancy, le 29 Mars 1938.
Pour le Doyen de la Faculté de Médecine,
L'Assesseur,
P. JACQUES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Nancy, le 30 Mars 1938.
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
Pour le Recteur de l'Académie,
CORNUBERT.

BIBLIOGRAPHIE

- BARON (A.). — Über zwei directe symptome der angeborenen Hüftverrenkung. *Zentralblatt für Chirurgie*, Leipzig, 1926.
- BETTMAN (M.). — Ein einfaches diagnostisches Zeichen bei angeborenen Hüftverrenkung. *Chirurg.*, 15, VI, 1932, p. 498.
- BOSSY (L.). — Notes sur le diagnostic des subluxations de la hanche. *Marseille Médical*, 1925, p. 1048.
- CALOT. — Diagnostic de la luxation congénitale de la hanche chez les enfants d' un an à six ans. *Archives provinciales de Chirurgie*, Paris, 1906.
- Tout praticien peut et doit reconnaître les luxations congénitales de la hanche, même sans les secours des rayons X. Un moyen sur le diagnostic. *Journal des Praticiens*, 1918, p. 97.
- Tout praticien peut et doit reconnaître les subluxations congénitales, lésion la plus fréquente de la hanche. *Monde Médical*, 1-11-1927.
- Plus d'un million de subluxations ou luxations congénitales de la hanche en France. Le remède. *Monde Médical*, 1-14 janvier 1931.
- Sur le diagnostic radiographique des hanches anormales. *Avenir Médical*, 1934.
- Ce que tout praticien doit savoir sur les subluxations congénitales de la hanche et la prétendue coxa-plana. *Avenir Médical*, janvier 1937.
- CHARIER. — Luxation congénitale de la hanche. Diagnostic principalement chez l'enfant tout à fait jeune. *Archives Méd. d'Angers*, 1922.

- Luxation congénitale de la hanche, chez le jeune enfant. Radiographie prise le lendemain de la réduction. *Revue d'Orthopédie*, 1927.
- DORAN. — Early symptoms of congenital dislocation of hip joint. *S. M. Soc. New-Jersey*, juli 1932.
- FRÆLICH. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche et anatomie radiographique de cette lésion. *Revue Méd. de l'Est*, Nancy, 1901.
- Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les nourrissons (curatif et préventif). *Congrès de Chirurgie*, 1911.
- Traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche. *Bull. Méd. Paris*, mai 1930.
- Zur Prophylaxie der angeborenen Hüftverrenkung. *Ztschf. für Orth. Chir.*, 1932, p. 587-591.
- Luxation congénitale de la hanche. *Revue Méd. de l'Est*, avril 1934, p. 253-271.
- Traitement précoce ou préventif de la luxation congénitale de la hanche. *Revue Méd. de l'Est*, 1935, p. 565-571.
- GARVIN. — Congenital dislocation of hip, early diagnosis. *Archives of Pediatrics*, avril 1932, p. 255-257.
- GOTTLIEB (F.). — Un signe radiologique de la luxation congénitale coxo-fémorale. *Presse Médicale*, 1933.
- GOURDON (Y.). — Le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. *Presse Médicale*, Paris, 1909.
- Le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche. *Le Courrier Médical*, février 1933.
- HOFFMAN. — Traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche. *Thèse*, Nancy, 1911.
- JAEGER (C.-H.). — Congenital dislocation of hip, diagnosis and new method of treatment in infancy. *Surg. Gynec. Obst.*, avril 1930.
- JUDET. — Luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez les nourrissons. *Paris Chirurgical*, n° 3, mai 1928.

- KLEINE. — Ein neues Röntgenologisches Symptom zur unterscheidung von epiphysenlösung und Hüftgelenkluxation in Sägliugsalter. *Klinische Wochenschrift*, 1^{er} avril 1933.
- LAMY. — La luxation congénitale de la hanche. *Revue Méd. Franç.*, nov. 1926.
- LAMY (L.) et BENAIX PILLOIRE. — Arthrites à pneumocoques de la hanche chez le nourrisson et luxation de la hanche. *Presse Médicale*, septembre 1923.
- LANCE. — L'existence de signe de Dupuytren dans la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant. Sa fréquence et sa signification. *Bull. de la Société de Péd. de Paris*, 1913, p. 209-219.
- Remarques sur le diagnostic et le traitement des luxations congénitales de la hanche. *Soc. Méd. Franç.*, Paris, 1925.
- LOMBARD. — Arthrite aiguë de la hanche chez un nourrisson. Arthrite à pneumocoque. Luxation pathologique. *Algérie Médicale*, mai 1929.
- LE SCOLAN. — Malformations et subluxations congénitales de la hanche. *Thèse*, Lyon, 1923-1924.
- MANFRÉDI (M.). — Sulla positivitos della linea di Shenton, nella diagnosi du lussazione congenita dell'anza. *Archiv. di Orthop.*, avril 1930, p. 385-393.
- MARTIN DU PAIR. — Luxation congénitale de la hanche. *Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, mars 1932, p. 208-216.
- MASSART. — Un traitement précoce de la luxation congénitale de la hanche. *Presse Médicale*, 4-1-1930.
- NOVÉ JOSSERAND. — Malformations et subluxations de la hanche. *Revue d'Orthopédie*, 1925.
- PETIT DE LA VILLÉON. — Le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche chez le nourrisson. *Assoc. Franç. de Chir.*, 1910.
- Coxavara de l'enfance et luxation congénitale de la hanche. Diagnostic différentiel. *Gazette hebd. des Sciences Méd.*, Bordeaux, 1912, p. 579.

- PUTTI (V.). — Analisi della triade radiosintomatica degli stati di prelussazioni. *Chirur. d'Org. di Movimento*, déc. 1932, p. 453-459.
- Ancora per la diagnosi et per la cura precoce della lussazioni congetina dell'anca. *Chirur. d'Org. di Movimento*, VII, 1929.
- RENNER (Carl). — Die Shenton'she Linie. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1925, p. 2875.
- ROEDERER. — La luxation congénitale de la hanche peut et doit être diagnostiquée de façon précoce. *Bull. Méd. Paris*, 1923, p. 1095-1099.
- SAIGET (J.). — Etude radiographique de la luxation congénitale de la hanche. *Thèse*, Paris, 1910-1911.
- SAVARIAND. — Diagnostic de la luxation congénitale unilatérale chez le jeune enfant. Description d'un symptôme nouveau. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1912.
- Ce qu'il faut savoir de la luxation congénitale de la hanche. *Journal de Méd. de Paris*, 1913.
- SCHOLDER (C.). — Luxation congénitale de la hanche. *Revue Méd. de la Suisse Rom.*, 1931.
- TIMMER. — Diagnosis and treatment of so called congenital dislocations of hip in nurslings. *Nederl. tijd. genec.*, 12 mars 1932.
- TUILLAT. — Un nouveau signe de la luxation congénitale de la hanche, la jambe en équerre. *Lyon Méd.*, 1910.
- VUILLAUME (J.-E.-B.). — La luxation congénitale de la hanche, chez l'enfant qui n'a pas encore marché (étudiée plus spécialement au point de vue du diagnostic). *Thèse*, Nancy, 1911.
- VIDAL-NAQUET. — Les subluxations congénitales de la hanche du jeune enfant. *Hôpital*, mars 1936, p. 155-156.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
ETIOLOGIE	12
ANATOMIE RADIOGRAPHIQUE	15
OBSERVATIONS	21
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	27
